

La Restauration des Paupières

à la

suite des grands délabrements

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert GIORGI

né à BATNA (Algérie) le 25 Février 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

LA RESTAURATION DES PAUPIÈRES
A LA SUITE DES GRANDS DELABREMENTS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 126

La Restauration des Paupières

à la

suite des grands délabrements

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert GIORGI

né à BATNA (Algérie) le 25 Février 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNEQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD,
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE,
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER,
Clinique ophtalmologique.....	BERARD,
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR,
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET,
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS,
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL,
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD,
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS,
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET,
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET,
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNEQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL,
Anatomie.....	BRETIN,
Histologie.....	GUIART,
Physiologie.....	LATARJET,
Pathologie interne.....	POLICARD,
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON,
Anatomie pathologique.....	COLLET,
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND,
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT,
Médecine légale.....	X
Hygiène.....	ARLOING (F.),
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN,
Pharmacologie.....	COURMONT (P.),
	PIC,
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FÈVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président ; PATEL, assesseur ;

THÉVENOT Léon et DUROUX, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Je dédie ce modeste travail. Qu'ils
le considèrent comme un faible témoi-
gnage d'affection profonde et d'infinie
reconnaissance.

A MA SŒUR

A MON FRERE

A MA FIANCEE

A MA TANTE

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE BERTEIN

Agrégé du Val-de-Grâce

En reconnaissance de la sympathie
qu'il nous a toujours témoignée.

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES

Tombés au Champ d'Honneur

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET
*Professeur de Clinique ophtalmologique,
Officier de la Légion d'honneur*

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidé de ses conseils.

Nous tenons ici à le remercier et à
lui témoigner notre vive reconnais-
sance.

A MES MAITRES

A MES JUGES

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA RESTAURATION DES PAUPIÈRES A LA SUITE DES GRANDS DÉLABREMENTS

Introduction.

Parmi les blessures de la face, celles qui intéressent les paupières et le globe oculaire, sont certainement les plus graves; si l'œil est conservé, la lésion palpébrale l'expose à tous les traumatismes et occasionne des troubles extrêmement graves, entraînant quelquefois la cécité. Si l'œil a disparu, il laisse à sa place une cicatrice d'autant plus inesthétique que toute prothèse est impossible. Cette question avait amené les chirurgiens à pallier à ces inconvénients, et de nombreuses méthodes ont été imaginées. La terrible expérience de la guerre a donné ces dernières années un regain d'actualité à la question, et les procédés de blépharoplastie ont été expérimentés sur une grande échelle. Jusqu'alors, on avait relativement peu de grands délabrements palpébraux et tous les procédés utilisés n'avaient pu trouver leur indication précise. Les grandes blessures de guerre des paupières ont montré que la méthode dite à pédicule semblait la meilleure dans ces cas.

Et cette conception s'adapte aux lésions palpébrales autres que les blessures de guerre; les tumeurs malignes volumineuses des paupières, le sphacèle de quelque nature qu'il soit, sont justiciables de cette méthode.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous voulons exprimer à nos maîtres notre reconnaissance; et le premier à qui vont nos remerciements est M. le Professeur Cange, professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté d'Alger, qui voulut bien s'intéresser à nous, et sut nous faire aimer l'Ophtalmologie. Plus tard, à Lyon, le médecin-major Bertein, agrégé du Val-de-Grâce, et chef du centre de spécialités de la XIV^e Région, nous accueillit dans son service de Desgenettes, et là pendant deux ans, nous avons pu, grâce à ses conseils et à sa grande bienveillance, étudier et acquérir le peu d'habitude de cette spécialité que nous possédons. Nous lui renouvelons ici nos remerciements et nous l'assurons de notre reconnaissance.

M. le Professeur Rollet nous réserva toujours un accueil aimable, c'est avec une grande bienveillance qu'il nous dirigea dans la rédaction de cette thèse et, une fois de plus, il montra son affabilité connue de tous, nous sommes heureux de pouvoir l'en remercier ici.

Nous aurions voulu remercier ici un de nos camarades qui mit à notre disposition son talent de dessinateur; sa modestie s'y est refusée. Qu'il reçoive, sous le couvert de l'anonymat qu'il veut garder, nos meilleurs remerciements, et l'assurance de notre inébranlable amitié.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La blépharoplastie n'est pas une méthode fort ancienne et les médecins de l'antiquité, considéraient les mutilations palpébrales comme des infirmités absolument incurables ; CELSE disait : « *Si nimium palpebræ deest, nulla id curatio restituere potest* ». Cette sentence fut un véritable axiome pour les chirurgiens de tous les temps, jusqu'au moment où VETFEAU écrivit en 1839, en voyant les efforts de ses contemporains couronnés de succès : « La formule de Celse restée comme une loi dans la pratique chirurgicale, a fait place de nos jours à un axiome tout à fait opposé. »

En effet, la blépharoplastie est une des grandes trouvailles du XIX^e siècle, et dès que l'on entrevit la possibilité de remédier aux ectropions et aux colobomes palpébraux, les chercheurs s'ingénierent à trouver la méthode idéale pour atteindre ce but.

Les Hindous connaissaient depuis fort longtemps les greffes avec ou sans pédicule, et les employaient pour

la réfection de certaines parties du visage, en particulier du nez; mais tous les essais avaient été vains sur les paupières, et Celse résumait dans sa sentence les résultats de plusieurs siècles d'expériences infructueuses.

Mais, si l'on connaissait depuis longtemps la méthode indienne pour la rhinoplastie, c'est DE GRAEFE Père qui, le premier, employa ce procédé pour la blépharoplastie. Ce chirurgien avait écrit un *Traité de la Rhinoplastie*, dans lequel il envisageait la possibilité de réparer les paupières par la méthode indienne, bien mieux, il tenta vers 1818 l'opération qu'il avait indiquée; il eut, paraît-il, un succès; mais il ne nous a laissé que peu de détails, et ce ne fut là qu'un timide essai. Pourtant, l'impulsion était donnée et rapidement parurent des publications sur ce sujet. FRICKE, en 1829, obtient la guérison d'un ectropion cicatriciel de la paupière supérieure, par la greffe d'un lambeau pédiculé de la peau de la région fronto-temporale.

Puis d'autres chirurgiens inaugurèrent la méthode de glissement, DIEFFENBACH, SZYMANOWSKY, BURROW, etc., décrivirent des techniques, dont quelques-unes ont persisté jusqu'à nos jours; peu à peu, la forme du lambeau dans la méthode indienne se modifiait, et l'on était arrivé au lambeau à large pédicule que l'on infléchissait au lieu de le tordre.

D'autres auteurs, MIRALT et MAISONNEUVE, comptant sur l'activité régénératrice des tissus, libéraient la paupière ectropionnée au moyen d'incisions, puis suturaient les bords ciliaires de deux voiles palpé-

braux, de façon à faire bâiller les incisions qui devaient se combler d'elles-mêmes; en somme, ces auteurs pratiquaient la tarsorrhaphie. Bref, tous les chirurgiens apportaient leur contribution à l'étude de la question. L'un d'entre eux devait réunir ces données pour fixer d'une façon précise les règles de la technique. Ce fut à DENONVILLERS que revint cet honneur, ce fut lui le premier qui allia la tarsorrhaphie à la greffe à pédicule, et donna ainsi toute sa valeur à la méthode.

Puis vinrent les travaux de REVERDIN (1848) qui inspirèrent de nombreux chirurgiens, dont DE WECKER et WOLFE. Ces auteurs procédèrent par petites greffes juxtaposées; enfin OLLIER et THIERSCH greffèrent de grands lambeaux épidermiques. Il convient de citer aussi les greffes *zooplastiques*, où le greffon était emprunté à divers animaux (grenouille, mouton, etc...).

L'engouement fut très grand pour la méthode des greffes, et elle aurait supplanté la méthode indienne si PANAS et ses élèves, partisans de la méthode de Denonvillers, n'avaient pas donné à ce procédé, la place qu'il devait occuper en chirurgie oculaire.

En résumé, nous pouvons avec TERSON, considérer dans l'histoire de la blépharoplastie, trois périodes :

- 1° Celle de la *blépharoplastie sans tarsorrhaphie*;
- 2° Celle de la *tarsorrhaphie seule*;
- 3° Celle des *combinaisons*, où l'assemblage des deux procédés, les greffes, le glissement, nous ont amenés aux trois méthodes actuellement en usage, l'hétéroplastie, le pivotement, le glissement.

CHAPITRE II

La méthode des greffes.

La méthode par glissement.

Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre précédent, il existe actuellement trois catégories de procédés pour la blépharoplastie : l'hétéroplastie, le glissement et le pivotement. Nous nous proposerons d'étudier ici la méthode des greffes ou hétéroplastie.

I. — GREFFES. — Les anciens auteurs la mentionnent, mais elle était inutilisée en raison des succès qu'elle entraînait. Les travaux de REVERDIN remirent la question en discussion en 1869. La méthode fut appliquée à la réfection des paupières par WOLFE. Puis le grand chirurgien lyonnais OLLIER (1872) et THIERSCH firent connaître leur méthode de greffes épidermiques. Ces chirurgiens furent imités, et des procédés plus ou moins heureux apparurent dans ce genre. On utilisa successivement le prépuce (LUCAS

et DE VINCENTIS), la peau des membres amputés (HORMOKL), celle des cadavres frais (SCHEDE), la muqueuse d'un polype nasal (Czerny), la muqueuse buccale, la conjonctivite du lapin (Dufour). Même GILLET DE GRAMMONT préconisa la peau du ventre de la grenouille, et KATZAUROFF, la peau de la lotte !

Tous ces procédés sont inusités aujourd'hui et la méthode des greffes se résume à deux techniques : la greffe cutanée de WOLFE et la greffe épidermique d'Ollier-Thiersch.

a) *Méthode de la greffe dermo-épidermique ou cutanée.* — Wolfe conseille d'utiliser la peau de la face interne de l'avant-bras, à défaut, celle de la cuisse ou de l'abdomen. La peau est prise sur le sujet lui-même.

Dans le cas où l'on craindrait que la vitalité du tégument soit diminuée chez le sujet, on utiliserait un lambeau prélevé chez un sujet jeune. On calcule la forme et la dimension du lambeau suivant la brèche à recouvrir, en se souvenant toutefois que le greffon est sujet à une rétraction secondaire, et qu'il faut lui donner une surface plus grande d'un tiers environ que la surface cruentée. Si le lambeau était trop grand, on pourrait recourir au procédé de DE WECKER qui juxtaposait de petits carrés de peau, exécutant une véritable *greffe en mosaïque*. Un pansement sec est appliqué sur la plaie, et on l'enlève avec précaution au troisième jour. Il ne doit pas être fait usage d'antiseptiques qui compromettraient la vitalité des tissus.

Quel est le résultat de cette méthode ? Excellent quelquefois, mais souvent déplorable, la greffe est souvent résorbée par un processus d'ulcération; Panas a écrit que « Pareils lambeaux bien que vivants et vascularisés, subissent peu à peu une résorption moléculaire profonde qui, au bout d'un an ou deux, les réduit au simple chorion et à la couche épidermique. »

Dire que toutes les greffes sont vouées à ce sort, serait évidemment nier l'évidence. On a souvent obtenu d'excellents résultats par ce procédé, mais il comporte trop d'aléas pour pouvoir être appliqué d'une façon systématique. Il est certain qu'une région aussi délicate que la face doit être préservée le plus possible d'un insuccès opératoire, qui augmenterait encore chez le sujet l'aspect inesthétique qu'entraîne toute blessure sérieuse de la face, et particulièrement des paupières. Nous pensons donc qu'il ne doit pas être un procédé habituel de restauration.

Une autre méthode est celle des greffes épidermiques d'Ollier-Thiersch. Alors que Wolfe prélevait un lambeau comprenant toutes les couches de la peau, Ollier et Thiersch enlèvent seulement l'épiderme et une partie du derme sous-jacent. Le prélèvement se fait au moyen d'un rasoir, et les lambeaux ainsi découpés sont transportés sur la partie à restaurer, et maintenus en place par un pansement sec. Les résultats sont quelquefois bons, mais, en outre de la critique que l'on peut faire à toutes les méthodes des greffes sans pédicule, à savoir : la fragilité du gref-

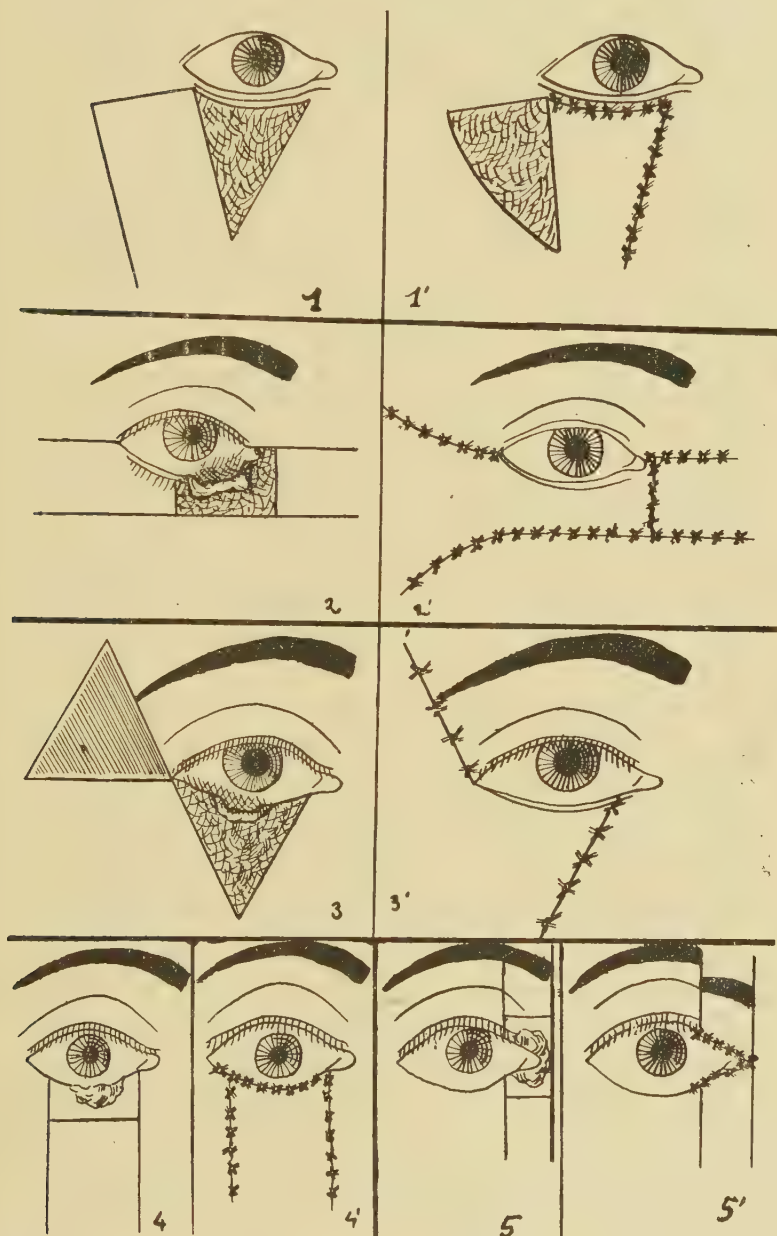
fon dont la vitalité peut être compromise par une simple compression aux endroits où ils ont été saisis par une pince, ce dernier procédé ne peut être employé que pour des blessures relativement peu étendues. Il ne paraît pas donner des résultats toujours bons dans les cas de grands délabrements comme ceux qui nous occupent. En effet, lorsque la paupière est arrachée dans sa totalité, il ne suffit plus d'un lambeau épidermique, pour la refaire; il faut de la peau avec toutes ses couches, et il est de toute nécessité d'avoir un lambeau très bien nourri et aussi peu fragile que possible. Pour toutes ces raisons, la greffe sans pédicule soit par le procédé de Wolfe, soit par le procédé d'Ollier-Thiersch ne nous paraît pas un procédé de choix dans les grands délabrements palpébraux.

II. — GLISSEMENT. — A côté de la méthode des greffes, il y a la méthode dite de glissement, appelée, *méthode de Celse, méthode française*. Le principe consiste à disséquer la peau, qui avoisine la perte de substance, et à la mobiliser sur un certain espace, puis tirer le lambeau ainsi libéré pour venir l'appliquer à l'endroit où la restauration doit se faire. Ce principe a donné lieu à de nombreuses méthodes; nous n'en citerons que quelques-unes.

DIEFFENBACH, pour la paupière inférieure, avivait une surface triangulaire, puis il taillait un lambeau quadrangulaire du côté temporal; il faisait glisser ce lambeau, le fixait à sa nouvelle place. Les lèvres

PLANCHE I.

Quelques procédés de Blépharoplastie par glissement



- 1, 1' Procédé de Dieffenbach ; 2, 2' Procédé de Knapp ; 3, 3' Procédé de Burrow (d'après Terrien) ; 4, 4' Procédé de Rollet (à tiroir) ; 5, 5' Procédé de Rollet à double tiroir (original).

de la plaie étaient ensuite réunies, ou si l'on craignait un tiraillement trop grand des lambeaux, on laissait cicatriser par bourgeonnement, ou on y appliquait des greffes d'Ollier.

BURROW avait également pour la paupière inférieure, une surface triangulaire, mais dont le sommet était supérieur à l'inverse du précédent, le glissement se faisait d'une façon analogue.

KNAPP faisait deux incisions parallèles, l'une au niveau de l'angle palpébral, l'autre au-dessous de la paupière. Il circonscrivait la tumeur (le glissement est une méthode de choix pour les petites tumeurs) par deux incisions parallèles entre elles et perpendiculaires aux premières, il disséquait un lambeau externe et faisait glisser à la place de la paupière réséquée.

M. le Professeur ROLLET a signalé (1) un procédé de glissement original; dans toutes les techniques que nous avons mentionnées, le glissement du lambeau est *latéral*, dans le procédé dit « *à tiroir* » de M. le Professeur Rollet, le glissement du lambeau est *vertical*. Voici en résumé la technique qu'il emploie; il sectionne la paupière au ciseau et la peau sous-jacente au bistouri; puis il dissèque le lambeau qu'il amène un peu plus haut que le bord ciliaire, il le fixe là au moyen de *fil de fer recuit* (jamais il n'utilise le

(1) Rollet. La blépharoplastie à tiroir. *Revue gén. d'Ophtalm.*, 28 Février 1906, p. 49.

fil d'argent) et pose un catgut sur le bord terminal. Ceci pour la paupière inférieure. Lorsqu'il s'agit de refaire un angle interne, cas fréquent dans les tumeurs palpébrales, il modifie son procédé de la façon suivante : Il prolonge ses incisions sur la paupière supérieure et fait un double lambeau. (Voir pl. I, fig. 4 et 4'.)

Quelle est la valeur de la méthode par glissement? Ici encore, il ne faut pas généraliser et la déclarer applicable dans tous les cas, ou inutilisable la plupart du temps. Lorsque la paupière est seule atteinte et que les tissus avoisinants sont intacts, comme cela se voit dans les épithéliomas du bord palpébral, c'est au glissement qu'on aura recours. Mais dans les cas qui nous occupent, où les lésions ne sont pas limitées aux seules paupières, le glissement ne peut être pratiqué en raison de la trop grande perte de substance, ou encore, si les tissus avoisinants sont rendus indolaires par suite de la sclérose cicatricielle. Dans les grands délabrements, ce n'est pas à la méthode par glissement que nous aurons recours, mais à celle que nous allons maintenant exposer, c'est-à-dire au pivotement.

CHAPITRE III

La méthode de choix pour les grands délabrements. (Méthode à pédicule.)

Après avoir rapidement exposé dans le précédent chapitre, les procédés de glissement et d'hétéroplastie, nous avons vu qu'ils ne pouvaient s'appliquer dans tous les cas. Tantôt ils sont contre-indiqués en raison de la trop grande brèche palpébrale, tantôt c'est la transformation cicatricielle du tissu avoisinant cette brèche qui s'y oppose.

C'est pourquoi il faut rechercher dans le cas qui nous occupe un lambeau aussi large qu'il est nécessaire, et nourri suffisamment pour pouvoir « prendre », quel que soit l'état de la place où il est appliqué. Le problème reçut sa solution de FRICKE et DENONVILLERS qui, les premiers, utilisèrent le pivotement. Le principe de la méthode est le suivant : prendre dans la région voisine de la perte de substance

un lambeau adhérent de forme adéquate, l'infléchir pour l'amener sur la brèche et l'y fixer. De cette façon, le greffon possède une vitalité propre, qui lui permettra de « prendre », même sur un tissu d'une activité ralentie, comme le tissu cicatriciel.

Dans la méthode indienne, d'où découle le pivotement, le pédicule était tordu. Cette torsion entraînait naturellement une certaine oblitération vasculaire, nuisible à la vitalité du greffon. Dans le pivotement, le pédicule, large, est simplement infléchi.

Outre cet avantage, ce procédé possède celui de ne pas provoquer de tiraillements, comme il s'en produit dans la méthode par glissement. En effet, la brèche est comblée par un lambeau qui n'a aucune tendance à reprendre sa place primitive. La coaptation des lèvres de la plaie, que l'on a créée en taillant le lambeau, provoque évidemment une certaine traction de la peau, cette traction ne se produit pas sur la paupière elle-même, mais dans une zone assez éloignée pour que l'esthétique n'en souffre pas trop.

Quelle forme donner au lambeau ? Là encore nous nous trouvons en présence d'une multitude de techniques, dont le détail n'aurait que peu d'intérêt. En général, on s'efforcera de donner au greffon un pédicule large, pour assurer sa nutrition optima. Si un lambeau ne suffit pas, on en mettra deux ou même quatre, comme dans le procédé de ROLLET. Cette dernière technique présente en outre des avantages particuliers. Dans beaucoup de cas traités par le pivotement, la paupière présente un aspect « boudiné » peu gracieux ; d'autre part, comme l'a fait judicieu-

sement remarquer M. le professeur Rollet : « Pour la
« paupière réparée, il y a traction asymétrique du
« pédicule, souvent forte tension au sommet du lam-
« beau, et brèche assez importante à combler dans
« la surface mise à nu par la dissection d'un large
« lambeau unique que l'on sait devoir se rétracter
« dans la suite. »

Il ne peut être fixé de règle absolue pour la forme à donner au greffon. Suivant l'étendue de la perte de substance, on emploiera tel ou tel lambeau, ceci est une affaire d'appréciation pour chaque cas.

Examinons maintenant la place où doit être pris le lambeau :

Là encore, il n'est point de règle absolue; Kuhnt a insisté sur un vieux précepte de la période préantiseptique : l'on doit toujours exciser le tissu cicatriciel avant de faire une blépharoplastie; il est évident que la méthode par pivotement; dans ce cas serait rarement applicable.

Guidés par cette idée, le chirurgien se sont ingénies à trouver des procédés à lambeaux éloignés. Les types de cette technique sont les opérations de SNYDACKER et de TAGLIACOZZI.

SNYDACKER taillait un lambeau qui répondait assez bien à la direction du sterno-cléido-mastoïdien, et qui s'étendait depuis l'apophyse mastoïde, jusqu'à la ligne interclaviculaire, ce lambeau disséqué était reporté sur la surface palpébrale à combler et fixé, puis, au bout d'une quinzaine de jours, le pédicule était sectionné. La méthode donnait d'assez bons résultats, mais la cicatrice qu'elle laissait était par trop visi-

ble, d'autre part il se produisait des tiraillements qui avaient pour résultats de donner un lambeau bourrelé, peu esthétique.

La méthode de Tagliacozzi consistait à prendre le lambeau au bras et fixait le membre au voisinage de la paupière soit par un corset *ad hoc*, soit par un appareil plâtré. Nous reproduisons ici l'opinion de M. le Professeur ROLLET sur ce procédé.

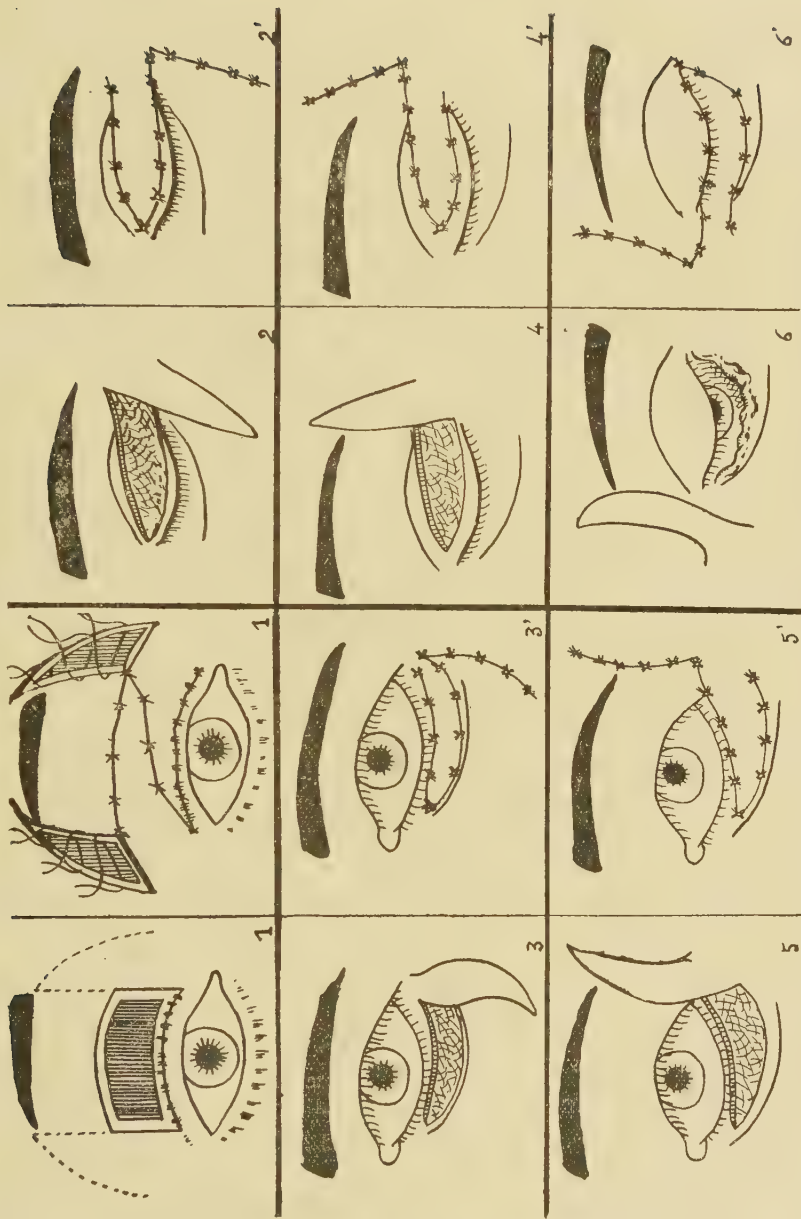
« La méthode italienne assure un lambeau vivant
« et bien nourri, mais elle demande un appareil plâ-
« tré brachio-céphalique, très pénible à supporter
« pendant plusieurs jours; il se produit des tirail-
« lements au niveau du pédicule... bref la suture est
« disjointe, l'autoplastie est disgracieuse, avec bour-
« relets saillants. Cette méthode est supérieure à
« celle des greffes, mais elle est peu à conseiller. » (1)

Le problème deviendrait ainsi extrêmement compliqué. D'un côté, méthode par pivotement, impraticable, en raison du peu de vitalité des tissus, de l'autre côté, procédés ne donnant pas des résultats qu'on peut attendre d'eux pour les raisons que nous avons exposées.

M. le Professeur ROLLET a démontré à la *Société de Chirurgie de Lyon* (19 novembre 1903) que la blépharoplastie avec lambeaux entièrement cicatriciels donnait d'excellents résultats et que le tissu cicatriciel pouvait se comporter comme un tissu normal. Le problème paraît donc avoir trouvé sa solution. « On peut, dans un cas quelconque, utiliser la méthode indienne

(1) Rollet *Revue générale d'Ophtalmologie*, 30 Nov. 1903, p. 481.

Blépharoplasties à pédicule



1, 1' Procédé de Rollet (double et quadruple lambeaux); 2, 2' Paupière supérieure, lambeau jugal;
3, 3' Paupière inférieure, lambeau jugal; 4, 4' Paupière supérieure, lambeau temporal; 5, 5' Paupière
inférieure, lambeau temporal; 6, 6' Réfection totale de la paupière inférieure, lambeau temporal.

ou blépharoplastie à un lambeau pédiculé. » (Rollet.)

C'est cette méthode qui a été employée avec succès dans les cas que nous présentons ici, les photographies ci-jointes montrent que le procédé s'applique à tous les cas, nous attirons particulièrement l'attention sur le malade représenté à la planche 2, n° 13, qui a subi une double blépharoplastie à lambeau jugal, prélevé dans un tissu brûlé, c'est-à-dire cicatriciel.

CHAPITRE III

Technique opératoire.

Le succès de toute autoplastie est subordonné à l'observation minutieuse des règles de l'intervention. Un détail qui paraît minime peut entraîner l'insuccès, ou tout au moins un résultat inesthétique. Aussi, nous croyons devoir insister sur la technique opératoire. Nous signalons ici les indications que M. le Professeur Rollet a bien voulu nous fournir.

1° *Soins pré-opératoires.* — Le malade sera désinfecté soigneusement ; on ne devra intervenir que *lorsque toute suppuration aura disparu*. L'on aura recours aux moyens généralement employés en chirurgie générale dans ce but. Les points de sphacèle seront éliminés, et ce n'est que lorsque la plaie aura un aspect net et sain que l'on sera autorisé à opérer.

2° *Anesthésie générale.* — On la préférera, dans ces larges interventions, à l'anesthésie locale ou régionale,

qui, dans ces tissus plus ou moins cicatriciels, ne paraît pas donner l'insensibilisation complète exigée par l'opération. On utilise, à la Clinique ophtalmologique, le chlorure d'éthyle, puis l'éther administré au masque ou au cornet. L'anesthésie locale ou régionale sera réservée aux petites blépharoplasties pour ectropions cicatriciels légers.

3° *Opération.* — La plaie aura été lavée à l'eau bouillie, *sans adjonction d'antiseptiques*, la peau qui doit fournir le greffon aura été préalablement rasée et savonnée soigneusement, ou badigeonné avec de la teinture d'iode dédoublée.

On disséquera un large lambeau, à base large et à sommet arrondi ou pointu, suivant l'état de la région à combler ; il devra être d'un tiers plus grand que la surface à combler, en raison des rétractions ultérieures. La dissection comprendra la peau et le pannicule adipeux sous-jacent. L'hémostase sera soigneusement faite, la ligature des artérioles sera, la plupart du temps inutile et la seule torsion suffira, en général. Le lambeau ainsi prélevé sera amené à sa nouvelle place et fixé.

Le premier point de suture est des plus importants ; il sera posé au sommet du lambeau, et sera destiné à fixer la greffe dans la région à combler. Les autres sutures seront ensuite appliquées ; on se servira de catgut chromé, ou même de fil de fer recuit, très fin. Jamais le fil d'argent n'a été employé, car le fil de fer recuit a maintes supériorités.

S'il existe un bord ciliaire, cas assez rare dans les

blessures de guerre, on libérera ce bord, et la région palpébro-jugale, ou palpébro-frontale, suivant le cas, pour y insérer la nouvelle étoffe. Dans les cas où il n'existe pas de cuir ciliaire, c'est le lambeau qui, tout entier, sera destiné à former la paupière.

Suture des paupières ou tarsorrhaphie. — C'est le temps complémentaire obligatoire de toute blépharoplastie, Si le cuir ciliaire persiste, on avivera les deux bords ciliaires, qu'on fixera au moyen de quelques points. S'il n'existe pas, ce sera les deux bords cutanés des paupières qui seront suturés au fil de soie. Cette suture sera de rigueur surtout dans la réfection de la paupière inférieure, qui a toujours tendance à l'attraction par en bas, due à la pesanteur alliée à la rétraction secondaire.

On coaptara les lèvres de la plaie opératoire et on recouvrira le tout d'un pansement sec. Une variante consistera à faire une suture intra-dermique moins voyante que le suture à points séparés.

Le pansement est laissé en place trois ou quatre jours. Puis, on libérera les paupières au bout d'un temps variable, selon l'état de rétraction des lambeaux. On pourra quelquefois les libérer une dizaine de jours après l'intervention.

Le résultat immédiat est quelquefois peu esthétique, mais on n'oubliera pas que la nature, ultérieurement, se chargera de compléter et de perfectionner l'œuvre du chirurgien.

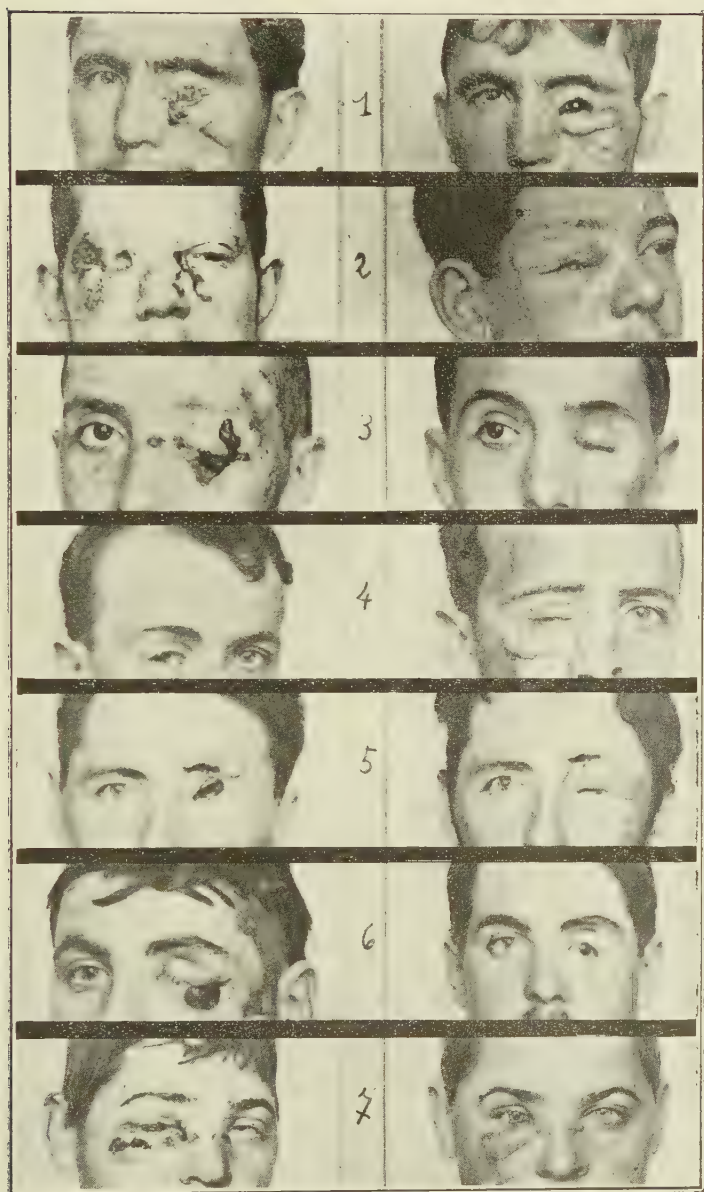


Planche I

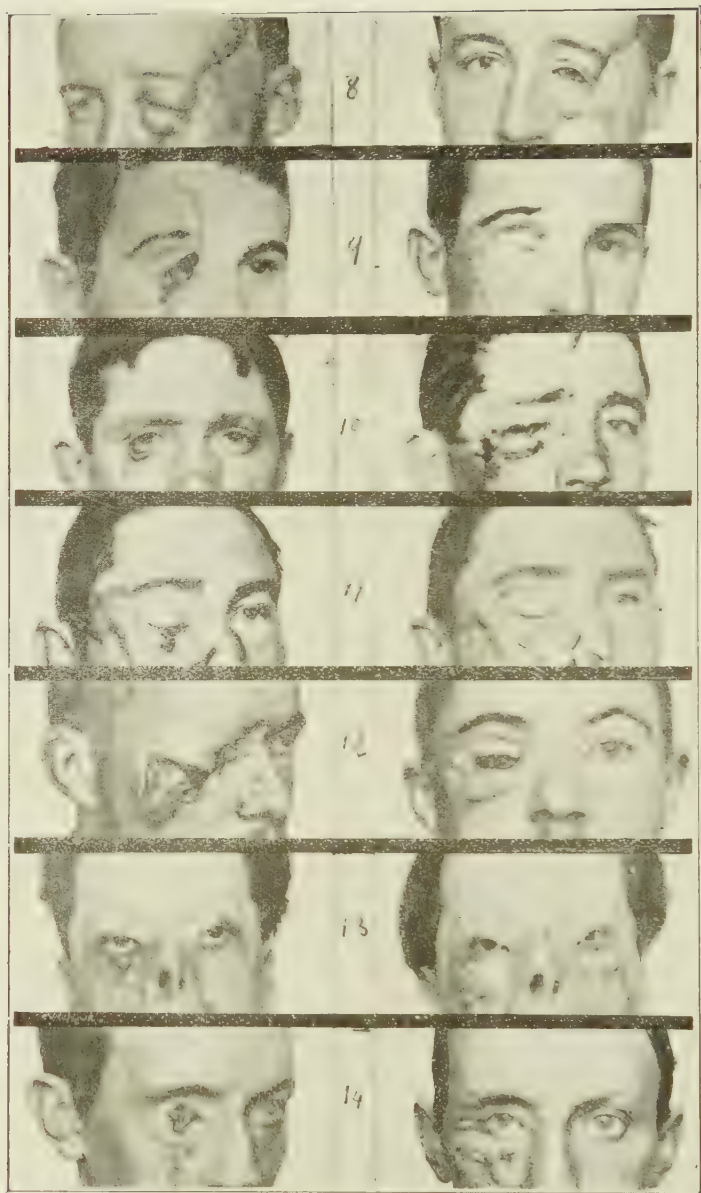


Planche II



Planche III

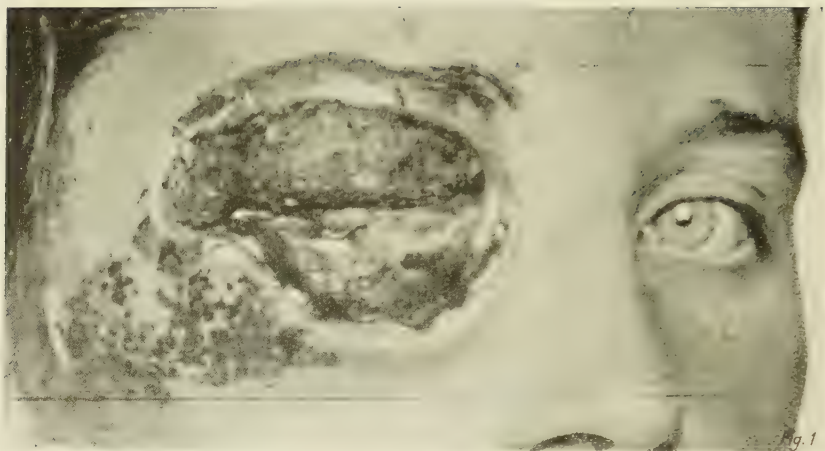


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Observations.

OBSERVATION I

Large délabrement palpébro-jugal par éclat d'obus. — Blépharoplastie (fig. 1)

Ker... The..., 30 ans, 91^e régiment d'infanterie.

Entré à la Clinique le 6 juillet 1915.

Diagnostic d'entrée : Blessure O. G., énucléation consécutive.

Blessé le 26 février à Perthes, par éclat d'obus, à la région orbitaire gauche. Pansé sur place, puis à Vichy. Hospitalisé à l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon, où fut pratiqué l'énucléation de l'œil gauche. V. O. D. = 1.

Le 13 juillet, blépharoplastie à lambeau jugo-parotidien.

Le 3 août : Libération des paupières.

Sorti le 21 août, après prothèse.

OBSERVATION II

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

Large perte de substance temporo-palpéral. — Blépharoplastie (fig. 2)

Sic... Alex..., 20 ans, 11^e régiment de chasseurs alpins.

Entré à la Clinique le 10 août 1915.

Diagnostic : Blessure de l'œil droit et de la main droite.

Le 12 août, énucléation de l'œil droit, V. O. G. = 2/3.

Evacué le 18 août sur l'hôpital de la Charité, service de M. le Professeur Collet, pour otite aiguë suppurée.

Revenu dans le service le 6 septembre 1915.

Nombreux éclats métalliques dans la face, non magnétiques, l'aimant ne donne pas de résultats.

Le 5 octobre, blépharoplastie à lambeau jugal.

Suites opératoires normales, prothèse.

Sorti le 13 octobre 1915.

OBSERVATION III

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

Plaie contuse de la région oculo-malaire. — Blépharoplastie (fig. 3)

Jac... Alf..., 23 ans, 167^e régiment d'infanterie.

Entré à la clinique le 12 mai 1915.

Diagnostic d'entrée : Blessure des deux paupières de l'œil gauche ; énucléation O. G.

Blessé au Bois le Prêtre, le 16 avril 1915, par éclat d'obus à l'œil gauche et dans la région temporale du même côté.

Evacué sur Toul, où l'on pratique l'énucléation de l'œil gauche.

Le 19 août, blépharoplastie à lambeau jugo-malaire.

Le 6 septembre, libération des paupières.

Sorti le 21 septembre.

OBSERVATION IV

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

Cicatrice vicieuse, ectropion. — Blépharoplastie (fig. 4)

Pond... Léon, 26 ans, 157^e régiment d'infanterie.

Entré à la Clinique le 8 octobre 1915.

Diagnostic : Blessure de la joue droite, fracture des os propres du nez, ectropion cicatriciel.

Le 9 octobre, Blépharoplastie à lambeau jugal.

Le 2 novembre 1915, libération des paupières.

Le 7 novembre 1915, sortie.

OBSERVATION V

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

(fig. 5)

Arrachement de la paupière supérieure. — Blépharoplastie.

Trav... Henri, 31 ans, 349^e régiment d'infanterie.

Entré à la Clinique le 24 juillet 1916.

Diagnostic d'entrée : Arrachement de la paupière supérieure, éclatement du globe oculaire gauche.

Blessé par balle à Thionville, le 20 mars 1916. Perte de l'œil gauche et fracture de l'arcade sourcillière. Enucleation pratiquée à Toul.

Le 12 août 1916, blépharoplastie à lambeau jugal.

Le 18 septembre, débridement des paupières.

Sorti le 1^{er} octobre.

OBSERVATION VI

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

*Large perte de substance de la paupière inférieure — Blépha-
pastie (fig. 6)*

Gri... Marc, 20 ans, 414^e régiment d'infanterie.

Entré à la Clinique le 18 mars 1916.

Diagnostic d'entrée : Plaie par éclat de grenade de l'œil gauche.

Blessé le 3 mars 1916, plaie en sétou respectant le pilier orbitaire externe ; arrachement des paupières, particulièrement de la paupière inférieure, qui présente, dans sa partie externe, une large perte de substance ; perte de l'œil droit. Enucléation pratiquée à Chambéry.

Le 22 mars, blépharoplastie à lambeau jugal.

Le 11 avril, libération des paupières, prothèse.

Sorti le 23 avril 1915.

OBSERVATION VII

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

*Arrachement de la paupière inférieure. — Blépharoplastie
(fig. 7)*

Gou... Jules, 23 ans, 172^e régiment d'infanterie.

Entré à la Clinique le 26 mai 1915.

Diagnostic : Blessure par balle de la paupière inférieure droite, et de l'œil droit, perte de l'œil.

Blessé au bois d'Ailly, par balle, le 29 mai 1915.

Le 2 juin, énucléation de l'œil droit.

Le 20 juin, blépharoplastie à lambeau jugal.

Le 8 juillet, libération des paupières.

Le 15 juillet, prothèse, sortie.

OBSERVATION VIII

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

Plaie de la paupière inférieure. — Blépharoplastie (fig. 8)

Leg... Louis, 33 ans, 272^e régiment d'infanterie.

Entré à la Clinique le 9 novembre 1915.

Diagnostic : Longue plaie de la face à gauche, œil indemne.

Blessé le 6 octobre 1915, par éclat d'obus. Plaie commençant au niveau de la région frontale gauche, passant sur la région malaire et se terminant un peu au-dessous de la lèvre supérieure gauche. L'œil gauche n'a pas été atteint.

Le 17 décembre, blépharoplastie à lambeau jugal.

Le 30 décembre 1915, libération des paupières.

Le 10 février 1916, sortie.

OBSERVATION IX

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

*Large plaie avec destruction de la paupière inférieure. —
Blépharoplastie (fig. 9)*

Gar... Ant..., 21 ans, 30^e régiment de chasseurs à pied.

Entré à la Clinique le 1^{er} juillet 1915.

Diagnostic : Large plaie par balle, fracture du maxillaire supérieur.

Blesé le 25 décembre 1915, par balle. Plaie verticale à droite, perte de l'œil droit. La balle a pénétré dans le maxillaire supérieur droit, a fracturé cet os, puis ouvert le sinus maxillaire, elle a fracturé également le rebord inférieur de l'orbite, détruit les trois quarts de la paupière inférieure, ouvert le globe, pénétré dans le crâne, et est sortie à 5 centimètres au-dessus de la partie moyenne du sourcil.

Craniectomie le 27 décembre 1915, dans un hôpital d'évacuation.

Le 3 juillet, blépharoplastie à lambeau jugal.

Le 2 septembre, libération des paupières.

Sorti le 6 septembre 1915.

OBSERVATION X

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

Ectropion cicatriciel. — Blépharoplastie (fig. 10)

Leg... Gaston, 36 ans, x^e régiment d'infanterie.

Entré à la Clinique le 23 juillet 1916.

Diagnostic : Plaie du front, ectropion cicatriciel.

Blessé le 20 mai 1906, à Verdun, par éclat d'obus au front. Blessure sans gravité ; mais le malade est atteint d'un ectropion cicatriciel, consécutif à une plaie de la face, à la suite d'une chute de bicyclette. Il demande à être opéré.

Le 4 juillet, blépharoplastie à lambeau jugal.

Sort le 12 juillet.

Revient dans le service le 26 juillet, pour libération des paupières.

OBSERVATION XI

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

Blessure en séton, destruction de la paupière inférieure. — Blépharoplastie (fig. 11)

Lef... Charles, 35 ans, 54^e régiment d'infanterie.

Entré à la Clinique le 18 juin 1915.

Diagnostic : Blessure de la face à droite, perte de l'œil droit.

Blessé le 31 mai 1915, par balle. Celle-ci a suivi un trajet presque horizontal ; entrée au niveau de la tempe droite, elle a effondré le sinus maxillaire et est ressortie par la narine droite. L'énucléation a été faite dans un hôpital du front. La paupière inférieure est déchiquetée, l'os malaire droit brisé, les cartilages du nez sont effondrés, la cloison déviée.

Evacué le 8 juillet sur l'hôpital de la Charité, service de M. le Professeur Collet.

Revenu dans le service le 2 août.

Le 3 août, blépharoplastie à lambeau jugal.

Sorti le 15 août. Est revenu ultérieurement pour la libération des paupières.

OBSERVATION XII

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

Blépharoplastie unilatérale à deux lambeaux (fig. 12)

Four... Georges, 21 ans, 150^e régiment d'infanterie.

Entré à la Clinique le 31 juillet 1915.

Diagnostic : Plaie contuse de la face, large perte de substance.

Blessé le 21 juillet, par éclat d'obus.

Large plaie de la face à droite, perte de l'œil droit, fracture du maxillaire supérieur, plaie pénétrante des sinus maxillaires et frontaux.

Evacué sur l'hôpital de la Charité, service de M. le Professeur Collet.

Revenu dans le service, le 9 novembre 1915.

Le 11 novembre 1915, première blépharoplastie. Réfection de la paupière supérieure par un lambeau temporal.

Le 30 novembre 1915, seconde blépharoplastie. Réfection de la paupière inférieure par un lambeau jugal.

Le 25 janvier 1916, débridement des paupières.

Sorti le 11 février 1916.

OBSERVATION XIII

(Recueillie à la Clinique ophtalmologique)

Ectropion cicatriciel, blépharoplastie bilatérale (fig. 13)

E... M..., 21 ans, 1^{er} Groupe d'aviation.

Blessé le 25 septembre 1917. Chute d'avion, inflammation du réservoir d'essence, ayant occasionné des brûlures généralisées de toute la face. Ectropion cicatriciel consécutif.

Le 18 décembre 1917, blépharoplastie de la paupière inférieure directe. Le lambeau est disséqué dans des tissus cicatriciels.

Le 26 janvier 1918, blépharoplastie de la paupière inférieure gauche, dans un tissu cicatriciel.

Le 18 mars 1918, libération partielle des paupières.

Sorti le 5 avril 1918.

OBSERVATION XIV

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

Déchirure de la paupière inférieure. Blépharoplastie (fig. 14)

Mail., René, 31 ans, 346^e régiment d'infanterie.

Entré à la Clinique le 7 mars 1916.

Blessé le 20 juin 1915 par grenade, perte de l'œil droit. Déchirure de la paupière inférieure. Enucléation de l'œil droit. Ectropion cicatriciel empêchant le port d'un œil artificiel.

Le 12 mars, blépharoplastie à lambeau jugal.

Le 11 avril, libération des paupières.

Sorti le 29 avril 1916.

OBSERVATION XV

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

Ectropion cicatriciel. Blépharoplastie (fig. 15)

Dam., Paul, 36 ans, 128^e régiment d'infanterie.

Entré à la Clinique le 9 décembre 1915.

Blessé le 26 septembre 1915, à la région temporale droite, par éclat d'obus. Contusion de l'œil droit ($V = 1/10$).

Cicatrisation vicieuse, ectropion de la paupière inférieure droite.

Le 21 décembre 1915, blépharoplastie à lambeau temporal.

Le 20 janvier 1916, libération des paupières.

Sorti le 4 février 1916.

OBSERVATION XVI

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

Large plaie palpébrale. Blépharoplastie (fig. 16)

Detr... Am..., 31 ans, 15^e régiment de chasseurs à pieds.

Entré à la Clinique le 19 octobre 1915.

Diagnostic : plaie contuse de la région temporo-orbitaire droite.

Blessé le 16 octobre 1915, par éclat d'obus. Mutilation des deux paupières de l'œil droit.

Le 23 octobre, énucléation de l'œil droit.

Le 11 janvier 1916, débridement du cul-de-sac conjonctival.

Le 22 janvier 1916, blépharoplastie de la paupière supérieure droite, par un lambeau temporal.

Le 2 février 1916, prothèse. Sortie.

OBSERVATION XVII

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

Ectropion cicatriciel. Blépharoplastie (fig. 17)

A... An..., 22 ans. Lieutenant au 5^e bataillon de chasseurs alpins.

Venu à la consultation, le 17 août 1915.

Large cicatrice de la région génienne gauche, ectropion de la paupière inférieure.

OD V = 2/3 avec sph. — 1

OG V = compte les doigts à 10 cm.

Opéré ultérieurement (la date n'a pu être retrouvée). Blépharoplastie à lambeau jugal.

OBSERVATION XVIII

(Recueillie à la Clinique Ophtalmologique)

Déchirure de la paupière supérieure. Blépharoplastie (fig. 18)

M... A., lieutenant, 34^e régiment d'artillerie.

Entré à la Clinique le 17 mai 1918.

Blessé, le 17 octobre 1917, à la cote 344, par éclat d'obus. Soigné au poste de secours, puis au centre hospitalier de Fontaine, et à Fleury-sur-Aire. Evacué sur l'hôpital militaire Desgenettes (Lyon), d'où il vient avec le diagnostic suivant : Arrachement de l'œil gauche, grosse lésion palpébrale. Amélioration considérable, le trou s'est comblé ; il reste un moignon qui sera bon. Blépharoplastie à faire.

Le 25 mai 1918, blépharoplastie de la paupière supérieure gauche à lambeau temporal.

Le 12 juin : prothèse. Sortie.

OBSERVATION XIX

(Résumée)

(COUARD, Thèse Lyon, 1909)

Gangrène des paupières, suite d'érysipèle. Blépharoplastie à quatre lambeaux

L... Félicie, 33 ans, aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

L'affection a débuté, le 6 août 1908, par une plaque rouge, siégeant à la partie interne de la paupière inférieure droite. Légère conjonctivite.

Le lendemain, œdème pâle, mou, indolore, envahissant peu à peu la face et les parties antérieures et postérieures du thorax. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Le dixième jour, disparition de l'œdème. Au niveau de l'œil droit et de la tempe, large plaque de sphacèle (fig. 1, pl. IV) ; l'œil paraît intact.

Le 12 septembre, l'escarre est tombée et la paupière inférieure est occupée par une large plaie. La paupière supérieure présente également une plaie de 6 centimètres de long, sur 3 de large ; léger ectropion, le bord ciliaire est intact.

Le 3 novembre, M. le Professeur Rollet pratique une incision sous-marginale et une tarsorrhaphie. Le huitième jour, les fils lâchent, l'ectropion réapparaît. On décide de laisser évoluer la cicatrisation, se réservant de corriger l'ectropion par une autoplastie ultérieure.

Un mois après (fig. 2, pl. IV), la plaie est fermée, et la cicatrice réduite. Quelques jours plus tard, blépharoplastie à quatre lambeaux (procédé de M. le Professeur Rollet), deux lambeaux pour la paupière supérieure et deux lambeaux pour la paupière inférieure. Suites opératoires normales ; le neuvième jour, on enlève les fils. Actuellement (fig. 3, pl. IV), le résultat est presque parfait et se perfectionnera avec le temps.

Conclusions.

I. — La Réparation des Paupières s'effectue aujourd'hui grâce à trois méthodes principales : la méthode par glissement, l'hétéroplastie et la méthode à pédicule.

II. — Nous n'étudions ici que les grands délabrements palpébraux, consécutifs à des blessures de guerre mutilantes, soit à la suite d'un sphacèle total des paupières. Nous croyons que, dans ces cas, l'utilisation d'un ou de plusieurs lambeaux à pédicule est la méthode de choix.

III. — Nous rapportons ici 19 observations, recueillies à la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet. Dans ces divers cas, il a été utilisé 17 fois un lambeau unique, une fois un double lambeau, et une fois un quadruple lambeau.

IV. — Le procédé par pivotement donne d'excellents résultats et nous paraît être le plus recommandable, comme le prouvent les différentes photographies que nous publions. Même dans les cas où toutes les autres méthodes sont contre-indiquées, par suite de la vitalité diminuée des parties avoisinantes, on pourra disséquer un ou plusieurs lambeaux, qui pourront, sans inconvénients, être taillés dans des tissus cicatriciels.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

E. ROLLET.

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 Juin 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

Bibliographie.

ARET. — Methode das symblepharon zu heilen, (*Prager Vortparhes*, 1854, p. 161).

ARMAIGNAC. — La greffe animale. (*Thèse de Paris*, 1876.)

BLANDIN. — *Autoplastie*. (Paris, 1836.)

CAZELLES. — Traitement de l'ectropion cicatriciel. (*Thèse de Paris*, 1860.)

COUARD. — Contribution à l'étude de la gangrène des paupières. (*Thèse de Lyon*, 1909.)

DOYEN. — *Précis de technique chirurgicale et de manuel opératoire*. (Paris, 1909.)

GAGNARD. — Autoplastie par la greffe d'Ollier Thiersch, et la méthode italienne modifiée. (*Thèse de Paris*, 1896.)

GUYON. — Article « Blépharoplastie », in *Dict. de Dechambre*. (T. IX, p. 173, Paris, 1868.)

KUNT. — Sur la valeur de la restauration des paupières, etc. (*Arch. Opht.*, 1903.)

KÜCHLER. — Beiträge zur Blepharoplastik. (*in Deutsche Klin.*, 1865, t. XVII, p. 490.)

LAGRANGE. — Blépharoplastie. (*Compte rendu de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, oct. 1903.)

- LAGRANGE et VALUDE. — *Encyclopédie française d'ophtalmologie*. (Tome I, p. 77 ; t. V, p. 513, 518, 600 ; t. IX, p. 191.)
- LANDOLT. — Un procédé de blépharoplastie. (*Archives d'Ophtalmologie*, 1885, t. V, p. 431.)
- MIRAULT. — Nouvelle méthode pour la cure de l'ectropion consécutif à la brûlure. (*Revue de Méd. et de Chirurgie*, 1851, t. X, p. 156.)
- OLLIER. — Greffes épidermiques. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, janvier 1872.)
- POULARD. — *Traité d'Ophtalmologie*. (Paris, 1923, t. I.)
- POULARD. — Réparation des colobomes cicatriciels. (*Ann. ocul.*, mars 1922.)
- MORAX. — *Précis d'Ophtalmologie*. (Paris, 1921.)
- MORAX. — Pronostic de la pustule maligne des paupières. (*Annales d'Oculistique*, mars 1908.)
- PANAS. — *Traité des maladies des yeux*. (Paris, 1894.)
- RAUDALL. — Arch. d'Ophtalmologie. Gangrène idiopathique des paupières. (*Section d'Ophtalmologie. Meeting des Médecins de Philadelphie*, du 15 février 1898.)
- REVERDIN. — Greffe épidermique. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1869, p. 511.)
- ROLLET. — Blépharoplastie à double lambeau pédiculé. (*Revue générale d'Ophtalmologie*, nov. 1903, et *The Ophthalmoscop*, fév. 1904.)
- ROLLET. — Blépharoplastie à deux lambeaux pédiculés cicatriciels. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 18 mai 1904.)
- ROLLET. — Du choix d'un procédé de blépharoplastie. (*Revue générale d'Ophtalmologie*, février 1912.)
- ROLLET et TAVERNIER. — Blépharoplastie pour ectropion, avec lambeaux cicatriciels. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 19 nov. 1903.)
- ROLLET et COMMANDEUR. — Sutures intra-dermiques. (*Arch. provinc. de Chirurgie*, janvier 1896.)

TERRIEN. — *Ophtalmologie*. (Paris, 1924.)

TERRIEN. — *Chirurgie de l'œil et de ses annexes*. (Paris, 1921.)

TERSOU. — *Chirurgie oculaire*. (Paris, 1901.)

THIERSCH. — Autoplastik. (*Centrablatt für Chirurgie*, 1886, n° 24.)

WICHERKIEVICZ. — Sur une nouvelle méthode blépharoplastique. (*Archives d'Ophtalmologie*, 1891, p. 7.)

ZEIS. — *Die Litteraturund geschichte der plastischen Chirurgie*. (Leipzig, 1862.)

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique	11
CHAPITRE II. — La méthode des greffes. La méthode par glissement	15
CHAPITRE III. — La méthode de choix pour les grands délabrements (méthode à pédicule). .	23
CHAPITRE IV. — Technique opératoire	29
Observations	33
Conclusions	45
Bibliographie	47
